

DIAGNOSTIC TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE L'HÉPATITE AMIBIENNE

(A propos de 93 cas observés chez des
Européens ayant vécu hors de France)

TRAVAIL DU SERVICE DES CONTAGIEUX
DE L'HOPITAL MILITAIRE DES GENETTES
(Professeur R. SOHIER)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger PANNIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Médecine Aéronautique

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Septembre 1929, au HAVRE (Seine-Maritime)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET EVOLUTION
DE
L'HEPATITE AMIBIENNE

DIAGNOSTIC TRAITEMENT ET ÉVOLUTION DE L'HÉPATITE AMIBIENNE

**(A propos de 93 cas observés chez des
Européens ayant vécu hors de France)**

**TRAVAIL DU SERVICE DES CONTAGIEUX
DE L'HOPITAL MILITAIRE DES GENETTES
(Professeur R. SOHIER)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger PANNIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Médecine Aéronautique

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Septembre 1929, au HAVRE (Seine-Maritime)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
 LEFINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POULLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	J.-F. MARTIN.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine du travail.	BOURRET.
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique.	BADINAND.
Pharmacie et pharmacologie.	DREVON.
Médecine légale et déontologie.	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique.	X..



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSSILLON. | Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie. MM. ROMAN.	Pharmacie galénique
Parasitologie. COUDERT.	et matière médicale. MM. DORCHE.
Physiologie. CIER J.-F.	Anatomie. DUROUX.
Physiologie. CHATONNET	Pharmacie et Pharmacologie
Chimie biologique	Hygiène. CIER André.
et médicale CREYSSEL R.	Anatomie pathologique
Bactériologie. BERTOYE A.	Chimie organique
	et Toxicologie PERROT L.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. GALY.	Ophtalmologie. MM. PAUFIQUE.
Pathologie médicale GONIN.	Obstétrique. MAGNI N.
Pathologie médicale GUINET.	Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale PONT.	Obstétrique. BURTHIAULT.
Pathologie médicale VIGNON.	Oto-rhino-Laryngologie. GIGNOUX.
Pathologie médicale REVOL.	Dermato-Vénérologie THIERS.
Pathologie médicale TRAEGER.	Urologie PERRIN.
Pathologie chirurgicale MANSUY.	Neuro-Chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Orthopédie MARION Joseph.
Pathologie chirurgicale GUILLET.	Stomatologie FREIDEL.
Pathologie chirurgicale MARION P.	Electro-Radiologie PAPILLON.
Pathologie chirurgicale MICHAUD.	Pédiatrie et Puériculture. FRANÇOIS.
Pathologie chirurgicale JAUBERT	Thérapeutique BRETTE.
de BEAUJEU.	Maladies infectieuses. MONNET.
Pathologie chirurgicale SAUTOT.	

CHARGE DES FONCTIONS D'AGREGE

Médecine légale. M. COLIN.

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Histologie. M. DUMONT Louis. | Physique biologique. M. MORET.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. SOHIER ; Assesseurs : MM. GIRARD M.,
 VACHON et BENAZET.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOHIER

Professeur d'hygiène

Il nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail et de le diriger.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VACHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENAZET

Nous les remercions d'avoir bien voulu
juger ce travail.

Hommages respectueux.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GIGNOUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CROIZAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REVOL

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGEZE

Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe et auxquels nous devons beau-
coup.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES :

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL GIRAUD

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE E. REBOUL

Assistant des Hôpitaux Militaires

Il a été pour nous un guide bienveillant, particulièrement dans la conduite de ce travail. Nous lui adressons nos remerciements et nous lui témoignons notre reconnaissance.

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT :

MESSIEURS LES DOCTEURS LOAEC et CHAPUIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS G. CORNAND,
J.-C. SALINIER, P. CRISTAUX et J. NARJOUX

En témoignage de notre amitié.

A TOUS NOS CAMARADES

INTRODUCTION

L'hépatite amibienne a fait l'objet de tant de travaux et son diagnostic paraît, à lire les ouvrages classiques de médecine générale et même ceux relatifs à l'amibiase, si facile que l'on peut se demander s'il est utile de revenir une fois encore sur cette manifestation de l'amibiase.

Monsieur le Professeur Sohier s'est posé cette question avant de nous confier cette étude. Il est arrivé à la conclusion qu'elle pouvait être reprise pour les raisons essentielles suivantes :

— Elle porte sur 80 sujets suivis dans le même service, par les mêmes observateurs et selon les mêmes règles, ce qui donne une certaine valeur aux conclusions que l'on peut tirer.

— On ne devrait plus opérer qu'exceptionnellement des hépatites suppurées amibiennes puisqu'elles peuvent être évitées par un traitement médical, mais encore faut-il qu'il soit mis en œuvre en temps voulu ce qui implique un diagnostic précoce.

— Les signes de l'hépatite ne sont pas toujours classés, dans les ouvrages de médecine destinés au praticien et à l'étudiant, selon une « hiérarchie » convenable et une tentative doit être faite pour leur donner une place en rapport avec leur valeur réelle.

— Les conditions d'observation et les modalités d'évolution de l'hépatite amibienne comme de l'amibiase en général, chez l'Européen rapatrié après un séjour en zone

d'endémie, diffèrent un peu de celles relevées dans les territoires où l'amibiase sévit constamment.

Aussi, Monsieur le Professeur Sohier nous a-t-il demandé de dépouiller les observations de 80 sujets ayant contracté une amibiase hors de France et de classer les faits observés.

Nous nous limiterons, tant pour des raisons matérielles que pour la clarté du texte, à un exposé des résultats de notre étude sans donner les observations détaillées.

Elles ont toutes été minutieusement exploitées et répertoriées au Service des Contagieux de l'Hôpital Militaire Desgenettes. Il sera donc possible à tous ceux que ce travail intéresserait, d'obtenir communication des dossiers comportant tous les détails d'évolution.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC D'UNE HEPATITE AMIBIENNE

Il repose classiquement sur :

- les antécédents du malade ;
 - un certain nombre de signes fonctionnels et généraux qui l'amènent à consulter ;
les données de l'examen clinique centré sur la région thoraco-abdominale droite.
 - les examens complémentaires : radiologiques, humoraux et coprologiques.

A la lumière de 93 observations d'hépatites amibiennes, présentées par 80 sujets hospitalisés dans le service des contagieux de l'Hôpital Militaire Desgenettes (chef de service, Monsieur le Professeur Sohier), nous nous proposons de discuter la valeur de ces différents éléments du diagnostic pour retenir ceux qui nous ont paru avoir un réel intérêt.

Les antécédents.

L'hépatite amibienne est considérée, depuis les travaux de Dutrouleau, Kartulis et Rogers, comme une complication de l'amibiase intestinale.

Aussi, l'interrogatoire d'un sujet suspect d'hépatite sera-t-il particulièrement orienté vers la recherche d'antécédents amibiens.

Ceux-ci sont fréquemment notés dans nos observations sous forme d'un ou plusieurs épisodes dysentériques dont la nature amibienne a été le plus souvent confirmée par l'examen parasitologique des selles. L'hépatite apparaît secondaire à une amibiase intestinale.

Dans un certain nombre de cas, au contraire, elle est survenue chez des sujets apparemment indemnes d'amibiase. L'hépatite apparaît cliniquement primitive. Les antécédents amibiens se résument alors à un séjour en zone d'endémie.

1. — *L'hépatite apparaît cliniquement secondaire à une amibiase intestinale.*

C'est le cas le plus fréquent.

— 58 sujets sur 80 ont présenté un ou plusieurs épisodes dysentériques lorsqu'est survenue l'hépatite. La nature amibienne de ces troubles intestinaux est confirmée 43 fois par l'examen parasitologique des selles, dans les autres cas il n'a pas été pratiqué ou ses résultats nous sont inconnus.

— Chez un de nos malades (obs. n° 50) on ne relève, dans les antécédents, que quelques troubles digestifs à type de diarrhée, une fois on mit en évidence l'amibe hémato-phage dans ses selles.

Ainsi, 59 malades sur 80 (soit un peu plus de 73 %) sont atteints d'amibiase confirmée ou très probable lorsque se pose pour la première fois le diagnostic d'hépatite amibienne.

La place qu'occupe la complication hépatique dans l'évolution de cette affection intestinale est assez variable :

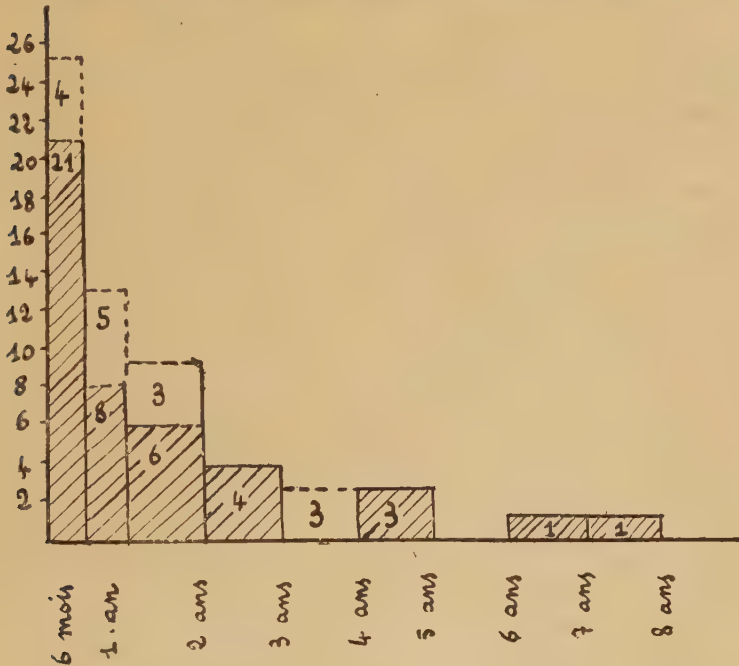
- 18 fois, elle survient après l'amibiase intestinale de première atteinte.
- 16 fois après la première rechute.
- 14 fois après la deuxième rechute.
- 2 fois après la troisième rechute.
- 5 fois après la quatrième rechute.
- 1 fois après les cinquième, sixième, septième et vingtième rechutes.

C'est donc, en général, après un nombre limité de manifestations dysentériques que survient l'hépatite amibienne.

D'ailleurs, l'intervalle qui sépare les premiers symptômes d'entérocologie de la complication hépatique est le plus souvent court, comme le montre le diagramme ci-joint où l'on représente la répartition de 59 cas d'hépatites amibiennes en fonction de leurs dates d'apparition par rapport à la première manifestation clinique de l'amibiase.

TABLEAU I.

En traits pleins : hépatite compliquant une amibiase confirmée.
En pointillé : hépatite compliquant une amibiase probable.



Cependant, dans quelques cas, l'hépatite amibienne apparaît comme une complication tardive de l'amibiase intestinale : tant que celle-ci se manifeste cliniquement, il

est toujours facile de suspecter une localisation hépatique, mais il faut bien savoir qu'une longue période de guérison apparente peut séparer les derniers troubles intestinaux de l'hépatite, rendant moins évidente leur commune étiologie. Ainsi, cet intervalle est de 2 ans dans trois de nos observations, de 4 ans dans une autre :

Obs. N° 47 : B..., garde républicain.

Séjour en Indochine de janvier 1947 à octobre 1948, où il présente 8 poussées dysentériques amibiennes, toutes confirmées et traitées.

Rapatrié en 1948, il n'accusera plus de troubles entérocolitiques. En 1952, cependant, il est hospitalisé pour hépatite amibienne.

Dans un certain nombre de cas, l'interrogatoire de nos malades met en évidence, non seulement la notion d'amibiase intestinale confirmée ou très probable, mais, parfois, celle d'hépatites amibiennes antérieures :

22 sujets sur 80 (soit 27,5 %) ont déjà présenté cette affection lorsqu'ils sont reçus dans le service pour une nouvelle localisation hépatique, il s'agit alors de

la première récurrence	dans 12 cas.
la deuxième	dans 6 cas.
la troisième	dans 2 cas.
la quatrième	dans 2 cas.

Ainsi, dans 59 cas sur 80, le diagnostic d'hépatite amibienne s'est posé dans les meilleures conditions puisque nous avons la notion d'amibiase antérieure, déjà compliquée dans 22 cas d'une ou plusieurs localisations hépatiques.

II. — *L'hépatite amibienne apparaît cliniquement primitive.*

Nous avons rencontré cette éventualité 21 fois sur 80.

— 15 malades, en effet, n'ont jamais présenté de troubles digestifs pouvant faire suspecter une amibiase.

— chez les 6 autres, on note, dans les antécédents, l'existence d'un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dont la nature amibienne ne fut pas confirmée par un examen parasitologique des selles.

Le diagnostic d'hépatite amibienne se pose alors dans des conditions difficiles.

En fait, si l'interrogatoire de ces sujets ne révèle, dans les antécédents, aucune notion « d'amibiase-maladie » confirmée, il permet toujours de suspecter une « amibiase-infestation » car tous ont séjourné en zone d'endémie amibienne, outre-mer.

III. — *Séjour en zone d'endémie amibienne.*

On le retrouve constamment dans nos observations : parmi nos 80 malades atteints d'hépatite amibienne, 76 ont séjourné en Indochine, 2 au Maroc, 1 en Tunisie, 1 en Afrique Equatoriale Française.

Cette très large proportion d'hépatites, complications d'une amibiase indochinoise, tient à ce que de nombreux militaires, du fait des événements récents, ont vécu pendant une ou plusieurs années en Extrême-Orient, le plus souvent dans des conditions de vie difficiles et favorables aux infestations parasitaires ; mais il semble que l'on doive aussi invoquer une gravité particulière de l'amibiase indochinoise.

Il faut noter que nous n'avons pas observé d'hépatite amibienne compliquant une amibiase autochtone (1) bien que de nombreux sujets aient été suivis pour cette affection. Ce fait donne toute sa valeur à la notion de séjour outre-mer, particulièrement en Indochine, quand se pose le diagnostic d'hépatite amibienne dans la métropole.

(1) Cette éventualité doit être connue bien que très rare : la survenue d'une hépatite amibienne chez des sujets n'ayant jamais quitté la France. On parle, alors, d'une amibiase dite « autochtone ». En fait, il s'agit presque toujours d'une contamination par des sujets revenus d'une zone d'endémie. Il est possible que leur fréquence augmente au cours des années à venir.

Les signes qui amènent le malade à consulter.

Il s'agit d'un ensemble de signes fonctionnels et généraux où dominent la douleur, la fièvre et l'atteinte de l'état général.

Rencontrés chez un sujet présentant des antécédents amibiens ou plus simplement après un séjour en zone d'endémie (essentiellement l'Indochine en ce qui concerne notre étude) ils doivent d'abord évoquer l'hépatite amibienne.

I. — *La douleur est le maître-symptôme.*

— C'est le signe le plus constamment retrouvé dans nos observations.

— C'est le plus évocateur : spontanément le malade attire l'attention sur cette douleur qui oriente l'examen vers la région thoraco-abdominale droite.

— C'est parfois le plus précoce : dans une dizaine d'observations ce symptôme précède de 24 à 48 heures les autres manifestations (la température en particulier).

Ses caractères sont bien connus :

— elle siège au niveau de l'hypocondre droit, parfois au creux épigastrique, d'intensité et de type variable depuis la simple pesanteur, la gêne respiratoire jusqu'à la sensation pénible de torsion ou d'éclatement.

— spontanée, continue, elle est exagérée par les secousses, la toux, l'inspiration, le décubitus dorsal, elle s'atténue en position assise ou lors de la flexion du tronc.

— l'irradiation douloureuse est assez peu caractéristique, c'est celle des affections hépato-biliaires : en arrière vers la fosse lombaire droite, surtout en haut vers la pointe de l'omoplate, le moignon de l'épaule réalisant parfois la douleur « en bretelle trop serrée » de Bertrand et Fontan.

Ce signe fonctionnel capital peut cependant faire défaut ou conduire à des erreurs de diagnostic car son siège peut être atypique :

— 4 fois parmi nos 93 observations, il est absent (obs. n^{os} 3, 45, 47, 54) ; dans un cas, il s'agit d'une hépatite suppurée vérifiée par ponction du foie (obs. n^o 47).

— 4 fois, son siège est atypique (obs. n^{os} 11 bis, 20, 28, 39) sous la forme d'une douleur localisée au niveau de l'épaule droite. Elle peut alors orienter vers des diagnostics erronés : ainsi un de nos malades (obs. n^o 11 bis) fut d'abord soumis à un traitement par le salicylate de soude, car il présentait une « scapulalgie » droite s'accompagnant d'une température élevée et d'une vitesse de sédimentation accélérée. Il s'agissait d'une hépatite amibienne.

II. — *La fièvre.*

La courbe thermique, au cours de l'amibiase hépatique, revêt des aspects divers :

— dans 30 de nos observations, elle atteint 39°, 40° et même plus : soit brutalement en quelques heures, soit par paliers successifs en 2 à 4 jours. A son acmé elle se maintient en plateau ou avec de faibles variations journalières, pour une courte durée d'ailleurs car la gravité du tableau clinique entraîne une hospitalisation rapide et la mise en œuvre d'une thérapeutique précoce.

— Le plus souvent (46 fois), c'est entre 38° et 39° que s'inscrit la courbe thermique avec des variations plus nettes entre le matin et le soir.

— Dans 14 cas, nous trouvons un état subfébrile, volontiers négligé par le malade.

— 3 fois, la courbe thermique est normale.

La fièvre, au cours des hépatites amibiennes, est donc très variable dans son intensité puisque l'on peut rencontrer tous les intermédiaires entre l'apyrexie et des hyperthermies à 40° et plus ; la courbe qu'elle inscrit n'est pas

plus caractéristique puisque l'on retrouve la plupart des types : température en plateau, rémittente ou même intermittente.

Plus que ses caractères, sa présence est intéressante et nous partageons l'opinion de Blanc lorsqu'il écrit que « l'existence d'une poussée de fièvre, au cours d'une amibiase considérée jusque-là comme purement intestinale, doit immédiatement faire rechercher une complication, au même titre que l'on soupçonne une atteinte viscérale chez un rhumatisant fébrile ne présentant pas de nouvelle poussée articulaire ».

III. — *L'atteinte de l'état général.*

Elle traduit le syndrome infectieux : le malade accuse souvent des frissons, des courbatures, l'asthénie est intense, l'amaigrissement massif : de 14 kilogrammes en un mois, dans une de nos observations (obs. n° 36 bis).

L'atteinte de l'état général et la douleur se reflètent sur le visage, le teint est profondément modifié et on a tenté de le définir par des qualificatifs divers : « terreux », « terne », « sale », « boueux », « couleur patate », etc.

C'est particulièrement dans les formes aiguës, hautement fébriles que l'on rencontre ce tableau grave d'installation rapide, mais c'est aussi l'aboutissement des formes subaiguës, compatibles au début avec un aspect floride mais qui, sans traitement, évoluent vers la suppuration et son cortège de signes généraux.

IV. — *Les signes accessoires.*

Ce sont les troubles digestifs.

Il est rare que le malade accuse des nausées et des vomissements (manifestations habituelles au cours des syndromes douloureux de l'hypocondre droit d'autre nature).

Par contre, c'est assez fréquemment que l'on note l'existence de troubles entérocolitiques. Ainsi, on relève pour 93 hépatites amibiennes :

- 59 fois un transit intestinal normal, soit dans un peu plus de 63 % des cas.
- 23 fois un syndrome dysentérique typique avec émission de 5 à 10 selles quotidiennes, muco-sanglantes, soit dans 24 % des cas environ.
- 11 fois une diarrhée sans caractère particulier.

L'existence d'un syndrome dysentérique d'accompagnement a l'intérêt d'évoquer l'amibiase, mais il offre un écueil : celui de rapporter à la souffrance du gros intestin les divers troubles accusés par le malade et de méconnaître ainsi la complication hépatique.

Les données de l'examen clinique.

La douleur spontanée accusée par le malade va, d'emblée, orienter l'examen vers la région thoraco-abdominale droite.

Il comporte :

- 1° la palpation de l'hypocondre droit ;
- 2° la recherche de l'ébranlement du foie ;
- 3° la recherche des points douloureux.

Enfin, l'examen général peut mettre en évidence des signes associés pleuro-pulmonaires et coliques.

I. — La palpation de l'hypocondre droit.

Elle révèle, en général, l'existence d'une hépatomégalie douloureuse, parfois difficile à apprécier sous un certain degré de contracture de la paroi abdominale.

L'hépatomégalie est constamment retrouvée dans nos observations : le bord antérieur du foie déborde de 1 à 4 travers de doigt les fausses côtes droites, il peut atteindre la crête iliaque (observ. n° 36 bis). Chez notre malade

n° 76 le foie n'est pas perçu à la palpation, mais la flèche hépatique est très augmentée : il s'agit d'un abcès amibien de la convexité.

L'hypertrophie de la glande hépatique est généralement diffuse mais elle peut prédominer sur un lobe : le lobe gauche (observ. n° 2) ou moyen (observ. n° 67). Il est rare que l'examen de l'hypocondre droit révèle une tumeur traduisant une collection suppurée comme dans notre observation n° 9.

Ce gros foie est très douloureux, c'est là son caractère essentiel ; la palpation de son bord antérieur réveille, en effet, une douleur diffuse ; cependant 4 fois elle reste muette (observ. n°s 20, 45, 47, 76). Il est à noter que dans trois cas il s'agit de formes suppurées, probable (obs. n° 45) ou confirmées (obs. n°s 47 et 76).

II. — *La recherche de l'ébranlement provoqué.*

Décrit par Blanc, il constitue, pour cet auteur, « le meilleur signe objectif de l'ensemencement du foie ».

On le recherche « sur le malade couché en décubitus dorsal en appliquant les doigts de la main gauche, écartés en éventail, sur l'hypocondre droit et en les percutant fortement, en coup de hache, avec le bord cubital de la main droite. Dans les cas d'amibiase aiguë, et alors que la palpation pourrait n'avoir rien décelé d'anormal, cette manœuvre déclanche une sensation d'ébranlement profond et douloureux de la masse hépatique, si pénible parfois que le malade esquisse le geste de s'asseoir, se bloque en inspiration, pâlit et accuse une vive douleur qui met quelques minutes à se dissiper » (Blanc).

Recherchée systématiquement, cette manœuvre se montre positive dans la majorité de nos cas, particulièrement dans l'observation n° 20 où la simple palpation de l'hypocondre est indolore, elle est cependant négative dans les observations n°s 42, 45, 47 et 76, dans les trois dernières, il s'agit, comme nous l'avons vu, de formes suppurées.

Ce signe s'est donc révélé *pratiquement constant* au

cours de tous nos cas d'hépatites amibiennes pré-suppuratives. Nous lui attachons une très grande valeur.

III. — *La recherche des points douloureux.*

Ce sont les points douloureux phréniques et les points douloureux dits « exquis ».

— Les premiers ne semblent pas avoir toujours été recherchés, ce n'est que dans 26 observations qu'il en est fait mention : 15 fois on note leur présence, 11 fois leur absence. Leur découverte présenterait un intérêt particulier dans certaines hépatites aiguës à signes physiques discrets.

— Les seconds sont mis en évidence « en palpant minutieusement chaque espace intercostal avec la pulpe du médius » (Blanc). Ils constituent un très bon signe en faveur de l'abcédation, la douleur étant d'autant plus vive que l'abcès est plus superficiel. Dans notre observation n° 12 on note l'existence d'un point douloureux exquis au niveau du septième espace intercostal droit, sur la ligne axillaire, s'agissait-il d'un abcès intra-hépatique ? La preuve n'en fut jamais faite, le malade ayant guéri dans les délais normaux par le traitement médical.

IV. — *Les signes dits « d'accompagnement ».*

a) Au niveau de l'abdomen ils traduisent la souffrance, parfois ancienne, du gros intestin : météorisme abdominal plus ou moins important, cadre colique douloureux et parfois spasmé, distension érectile du caecum suffisamment caractéristique pour évoquer l'amibiase et permettre de rattacher à cette étiologie une hépatomégalie fébrile et douloureuse.

b) Au niveau de la base thoracique droite il est fréquent de noter des anomalies :

— déjà l'inspection du thorax peut y révéler une diminution de l'augmentation thoracique.

— dans 12 observations il existe une matité ou une submatité à la percussion, s'accompagnant à l'auscultation d'une diminution du murmure vésiculaire avec, dans 2 cas, frottements pleuraux, dans 4 autres épanchement pleural de faible importance, une ponction exploratrice, dans un cas, ramène un liquide citrin, séro-fibrineux, contenant des polynucléaires non altérés.

— enfin, dans deux observations on relève des signes de bronchite, entendus aux deux bases. S'agit-il d'une simple coïncidence : hépatite amibienne et bronchite à pyogènes banaux ou de cette « bronchite amibienne » qui avait permis à Petzetakis et Panayotatou de défendre la conception de l'amibiase maladie générale ?

En fait, il est rare que ces manifestations coliques et pleuro-pulmonaires prennent une place prédominante et toute la symptomatologie de l'hépatite amibienne se résume, le plus souvent, à un gros foie douloureux et fébrile qui pose un problème diagnostique parfois difficile. Les examens complémentaires radiologiques, humoraux et coprologiques peuvent-ils apporter leur contribution au diagnostic de cette hépatomégalie douloureuse ?

Les examens complémentaires.

Considérant la valeur respective des explorations complémentaires, Blanc et Siguier ont écrit « on peut admettre schématiquement que la radioscopie confirme l'hépatomégalie, l'examen du sang l'infection, les recherches coprologiques l'amibiase, la ponction exploratrice la suppuration.

I. — L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

C'est le plus utile des examens complémentaires.

Centré sur l'hémidiaphragme droit il apprécie sa situation, sa mobilité et sa forme qui peuvent, à des degrés divers, être modifiées :

L'hémi-diaphragme droit est surélevé avec exagération de sa convexité, fermeture de l'angle costo-diaphragmatique ; c'est l'aspect radiologique le plus simple et très fréquemment rencontré. L'hépatomégalie est insuffisante pour expliquer ce fait qui suppose un certain degré de parésie du diaphragme.

- d'ailleurs sa mobilité, parfois nulle, est souvent diminuée :

soit d'une façon globale alors que l'hémi-diaphragme gauche continue son mouvement de piston, cette dysmétrie se révélant d'emblée sous l'écran radioscopique.

soit d'une façon segmentaire, une partie de l'hémi-diaphragme droit apparaissant rigide, rectiligne au cours des mouvements respiratoires. Cette parésie traduit, selon toute vraisemblance, le caractère inflammatoire aigu de l'hépatomégalie sous-jacente.

— Il est plus rare de constater une déformation diaphragmatique réalisant alors une image en « dôme » ou en « brioche ». « Cet aspect plaide en faveur d'un abcès localisé saillant vers la base pulmonaire » (Blanc). Nous l'avons rencontré dans 6 observations.

— Enfin, assez fréquemment, l'examen radioscopique montre un cul de sac costo-diaphragmatique droit émoussé, parfois même une légère réaction liquidienne de la base qui, souvent, avait échappé à l'examen clinique.

Nous avons rencontré les uns ou les autres de ces signes radioscopiques au cours de 88 % de nos cas d'hépatites amibiennes (90 % dans une statistique d'Oschner et DeBakey, 60 à 65 % dans celle de Blanc et Siguier), les plus communs étant l'élévation de l'hémi-diaphragme droit qui accentue sa courbe et la diminution de sa mobilité.

Certes, aucun n'est particulier à l'hépatite amibienne, ils ne conduisent qu'à la notion d'une affection inflammatoire sous-phrénique. Cependant, rencontrés chez un ami-bien connu accusant une douleur au niveau de l'hypocon-

dre droit, ils doivent d'abord évoquer le diagnostic d'hépatite amibienne. -

L'examen radiographique du thorax n'a pas été utilisé systématiquement, il ne fait que confirmer certaines données de l'examen radioscopique et constitue une source de fatigue supplémentaire pour des sujets souvent en très mauvais état général.

Une fois cependant (obs. n° 36 bis), des tomographies du foie ont montré une image dense, ronde, de la grosseur d'une orange, siégeant dans le lobe droit, elle fut considérée comme le témoin d'un abcès intra-hépatique, une hépatotomie quelques jours plus tard devait montrer le bien-fondé de cette interprétation. Cette méthode peut donc présenter un certain intérêt pour confirmer l'existence d'un abcès et surtout pour en préciser le siège.

II. — LES EXAMENS DE SANG.

Ils comportent la recherche de la vitesse de sédimentation globulaire, une numération et une formule des éléments figurés.

a) *La vitesse de sédimentation globulaire.*

Lors d'une expérimentation étendue, Blanc a montré qu'il existe constamment des modifications de la vitesse de sédimentation globulaire dans toute amibiase hépatique. Nous l'avons recherché au cours des 40 hépatites amibiennes (les plus récentes) par la méthode de Westergreen, en tube vertical.

Dans tous les cas, on note une accélération marquée de la vitesse de sédimentation globulaire, les chiffres qui l'expriment s'étagent dans notre statistique entre :

- 30 et 126 mm. après la première heure.
- 48 et 150 mm. après la deuxième heure.

Ces faits sont suffisamment constants pour ne pas admettre le diagnostic d'hépatite amibienne chez un sujet présentant une vitesse de sédimentation globulaire normale.

b) *Les éléments figurés du sang.*

La numération des globules rouges peut montrer une anémie se situant entre 3.500.000 et 4.000.000 éléments.

— Nous avons surtout étudié la leucocytose. Classiquement il est admis que l'H. A. s'accompagne d'une leucocytose modérée avec polynucléose légèrement augmentée.

La numération et la formule des globules blancs ont été pratiquées au cours de 81 H. A., le tableau ci-dessous résume les résultats constatés :

Leucocytose	Nombre de cas	Polynucléose
De 7.000 à 9.000..	9	De 48 % à 80 %
— 9.000 à 10.000..	5	— 56 % à 89 %
— 10.000 à 12.500..	16	— 56 % à 92 %
— 12.500 à 15.000..	16	— 51 % à 89 %
— 15.000 à 20.000..	18	— 61 % à 89 %
— 20.000 à 25.000..	13	— 56 % à 80 %
— 25.000 à 30.000..	3	— 73 % à 83 %
38.000	1	85 %

L'H. A. s'accompagne donc, le plus souvent, d'une hyperleucocytose puisque plus de 82 % de nos observations font mention d'une leucocytose supérieure à 10.000, dans quelques cas cependant la numération des éléments blancs est normale.

La polynucléose est d'importance variable :

Dans 30 cas les polynucléaires constituent moins de 70 % des leucocytes.

Dans 31 cas les polynucléaires constituent de 70 % à 80 % des leucocytes.

Dans 20 cas les polynucléaires constituent de 80 % à 92 % des leucocytes.

Les signes hématologiques de l'H. A. se résument donc le plus souvent à une hyperleucocytose, la proportion des

polynucléaires dans la formule pouvant être basse, normale ou élevée et ceci même dans les formes suppurées d'H. A. comme le montrent nos six observations :

Observation	Leuco- cytose	Poly- nucléose
N° 9 Abscès amibien (Intervention)	18.600	69 %
N° 11 H. A. suppurée très probable	12.800	80 %
N° 36 bis Abscès amibien (Intervention) ..	10.200	86 %
N° 45 H. A. suppurée très probable	13.000	63 %
N° 47 H. A. suppurée (vérifiée par ponction)	12.000	56 %
N° 76 Abscès amibien (Intervention)	12.200	42 %

Les données de l'examen hématologique de l'abcès ne diffèrent guère de celles de la simple hépatite, elles ne peuvent donc pas être considérées comme un élément de discrimination entre ces deux formes anatomo-cliniques.

III. — L'EXAMEN COPROLOGIQUE.

Il est admis, depuis Léonard Rogers, que l'hépatite amibienne est due à la migration d'entamoeba dysenteriae d'un foyer intestinal vers le foie.

Aussi l'examen des selles, théoriquement du moins, devrait-il avoir une grande valeur dans le diagnostic étiologique d'une hépatomégalie fébrile et douloureuse.

En fait, sa valeur est bien moindre : parmi les 93 cas d'H. A. suivis, 56 fois (soit 60 % environ) il a été impossible de mettre l'amibe en évidence dans les selles, malgré plusieurs examens répétés, certains ayant été pratiqués après réactivation par purgation saline.

Le tableau ci-dessous résume les résultats des examens coprologiques au cours des 93 hépatites amibiennes :

Syndrome clinique présenté	Nombre de cas	Examens parasitologiques
Transit intestinal normal..	59	44 Négatifs
		7 Kystes
		5 amibes forme Minuta
		3 amibes Hématophages
Syndrome dysentérique (glaires et sang).....	23	6 Négatifs
		1 amibes forme Minuta
		16 amibes Hématophages
Diarrhée (ni glaire, ni sang)	11	6 Négatifs
		1 Kystes
		1 amibes forme Minuta
		3 amibes Hématophages

Donc, des examens coprologiques négatifs ne peuvent, en aucun cas, faire repousser le diagnostic d'hépatite amibienne.

IV. — LA PONCTION EXPLORATRICE.

Comme élément diagnostique d'un abcès amibien intra-hépatique elle n'a jamais été utilisée.

Elle a cependant été réalisée involontairement dans une forme d'hépatite probablement amibienne, très atypique (obs. n° 47) : ce sujet est hospitalisé en septembre 1954 pour état fébrile autour de 38° durant depuis une semaine. Il n'accuse aucune douleur.

L'examen clinique révèle un ictère des conjonctives, une hépatomégalie dépassant de 2 travers de doigt les fausses côtes, le foie est lisse, ferme, indolore même à l'ébranlement en masse ; une radioscopie thoracique montre un cul de sac costodiaphragmatique droit pincé ; vitesse de sédimentation globulaire : 92/122, leucocytose : 12.000 avec 56 % de polynucléaires.

Pour résoudre le problème posé par cette hépatomégalie fébrile et ictérogène on pratique une ponction-biopsie du foie qui ramène du pus pour lequel le laboratoire répond « pas d'élément cellulaire identifiable, pas de germe ». Une cure de conessine, complétée par de l'émétine, a fait disparaître tous les signes, y compris le subictère.



Après avoir revu les différents éléments cliniques de l'hépatite amibienne, nos conclusions seront les suivantes :

1) Chaque fois qu'un sujet, aux antécédents amibiens (parfois réduits à un séjour en zone d'endémicité), accuse une douleur continue au niveau de l'hypocondre droit s'accompagnant d'une température plus ou moins élevée et d'une atteinte de l'état général, il faut d'abord évoquer le diagnostic d'hépatite amibienne.

Cette première impression sera confirmée par la découverte d'une hépatomégalie douloureuse à la palpation et surtout à l'ébranlement en masse du foie.

Parmi les examens complémentaires, l'examen radioscopique est le plus intéressant ; l'accélération de la vitesse de sédimentation et l'hyperleucocytose ont une valeur d'appoint, quant à l'examen parasitologique des selles, il est pratiquement sans intérêt diagnostique car trop souvent négatif.

2) Chez un amibien, avant de porter le diagnostic de pleuro-pneumopathie de la base droite, de cholécystite, d'abcès sous-phrénique (ce sont les erreurs de diagnostic le plus souvent rencontrées), il faut d'abord avoir éliminé celui d'hépatite amibienne qui est le plus probable.

On pourrait dire, en résumé, que le diagnostic d'hépatite amibienne est facile à condition d'avoir toujours présent à l'esprit qu'une telle localisation peut être observée chez tout sujet ayant vécu en zone d'endémie amibienne, même s'il n'a aucune notion d'avoir contracté cette protozoose.

Comme nous le rappelait Monsieur le Professeur Sohier, évoquant un précepte de son maître le Professeur Lemierre, un médecin n'aura jamais à regretter d'avoir mis en œuvre un traitement anti-amibien dit « d'épreuve » pour toute manifestation morbide fébrile, d'étiologie imprécise survenue chez un sujet ayant vécu en zone d'endémie amibienne.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'HEPATITE AMIBIENNE

Le traitement de l'hépatite amibienne reposait, jusqu'à ces dernières années, sur l'émétine ; plus récemment, d'autres médications ont été utilisées avec des succès divers : conessine, antibiotiques et chloroquine.

Le traitement chirurgical, le seul dont on disposait avant l'ère de l'émétine, conserve cependant des indications constituées des cas résistants aux thérapeutiques médicales.

Rappel des principales thérapeutiques de l'hépatite amibienne.

I. — LE TRAITEMENT MÉDICAL.

A. — *L'émétine* a été utilisée pour la première fois en 1912 par Léonard Rogers, dans le traitement de l'hépatite amibienne, ce fut un succès qui lui permit de formuler l'espoir « qu'à l'avenir l'ouverture des abcès dysentériques ne soit plus qu'exceptionnellement nécessaire ».

Cet optimisme était justifié, puisque quelques années plus tard (1926), en conclusion d'une statistique établie à l'hôpital grec d'Alexandrie, Mme Panayotatou écrivait « ainsi au fur et à mesure que l'emploi de l'émétine comme moyen thérapeutique se propageait, le nombre des abcès du foie diminuait considérablement et a fini par disparaître ».

En 1928, Lacaze et Melnotte montrent, dans une remarquable statistique, l'intérêt d'un traitement émétinien au cours de l'amibiase hépatique, quelle que soit la forme anatomo-clinique.

Cependant, en 1936, Huard et Meyer May, tout en reconnaissant la valeur thérapeutique de l'émétine « qui a fait diminuer considérablement la fréquence de l'hépatite suppurée » concluent « qu'il faut encore souvent compter avec elle dans les hôpitaux du Tonkin ».

Dès 1922, Mattei avait formulé les conditions du succès de l'émétine « il semble que le traitement précoce et énergique de l'hépatite amibienne par l'émétine doive réduire de plus en plus le nombre des hépatites suppurées à marche torpide qui constituent, en somme, une étape tardive de l'amibiase hépatique ».

B. — *La conessine* a rapidement conquis une place importante dans le traitement de l'amibiase.

Il s'agit d'un des alcaloïdes de l'*Hollarrhena Floribunda*, opocynacée très répandue en Afrique Occidentale Française.

Son efficacité, d'abord mise en évidence en 1942 par Durieux, Trénous, Tanguy, Trinquier, Journé et Berton, a été largement confirmée, dès 1949, dans les localisations hépatiques de l'amibiase : Crosnier et ses collaborateurs traitent avec succès plus de 20 hépatites amibiennes par la conessine ; Alain, Massal, Touzin et Porte obtiennent « un résultat spectaculaire » dans 5 cas, Soulage note « l'effet remarquable et rapide » de la conessinothérapie à propos de 14 observations.

Cependant, à la même époque, Siguier, Piette et J. Crosnier, admettent « en conclusion provisoire » la supériorité de l'émétine sur la conessine et ne lui reconnaissent qu'une valeur de traitement associé ou complémentaire.

Depuis ces publications, de nombreuses hépatites amibiennes ont été traitées avec succès par la conessine. D'abord acceptée avec prudence, elle a été ensuite jugée d'un précieux secours dans les cas où l'usage de l'émétine

se serait révélé dangereux ou insuffisant, actuellement la conessine est considérée comme une médication d'efficacité égale, et pour certains, supérieure à l'émétine dans le traitement des localisations hépatiques de l'amibiase.

C. — LES ANTIBIOTIQUES.

Parmi les antibiotiques, la pénicilline et l'auréomycine ont surtout été utilisées.

La pénicilline est entrée dans l'arsenal thérapeutique de l'amibiase, dès 1945, à la suite de la célèbre observation d'Hargreaves. Utilisée isolément ou en association à l'émétine et à la sulfaguanidine suivant le schéma de Blanc, elle s'est révélée efficace dans l'amibiase intestinale, par contre, employée isolément dans le traitement de l'hépatite amibienne, elle s'est montrée le plus souvent insuffisante (Mattei, Derot, Esbarch, Blanc et Siguier). La pénicilline n'a, en effet, aucune action amoebicide, son intérêt dans l'amibiase intestinale réside dans son activité sur le second élément du complexe amoebo-bacillaire, elle ne peut donc pas agir sur une amibiase « filtrée » comme la réalise une localisation hépatique.

La streptomycine, la chloromycétine, ne peuvent prétendre qu'aux mêmes résultats.

Cependant l'auréomycine, puis la terramycine se sont montrées expérimentalement, douées de propriétés amoebicides, leur utilisation dans le traitement de l'hépatite amibienne était donc logique. En fait les résultats publiés sont assez décevants : prescrite dans 7 cas d'amibiase hépatique par Siguier, Choubrac, Piette et Sébouan, à la dose de 3 gr. par jour, l'auréomycine s'est révélée inférieure à l'émétine et à la conessine puisqu'elle n'a entraîné qu'un succès pour 4 échecs complets et 2 échecs partiels. D'autres auteurs, tout en confirmant l'efficacité de ces antibiotiques dans l'amibiase intestinale, en ont montré l'irrégularité d'action dans le traitement de l'hépatite amibienne.

Enfin, d'autres antibiotiques sont doués de propriétés

amoebicides : la bacitracine (Faust, Longrave), l'érythromycine (Steigmann et collaborateurs, Anderson), la magnamycine.

D. — LA CHLOROQUINE était déjà utilisée comme antipaludéen depuis quelques années lorsque Conan, puis Musgay et Kant montrèrent l'efficacité de l'« Aralen » américain dans les amibiases extra-intestinales.

Utilisée avec succès par Basnuévo et Estarli, la chloroquine a été inefficace dans 4 observations d'hépatites amibiennes traitées par Siguier, Choubrac, Piette et Sébouan. Il semble que la proportion d'échecs qu'entraîne l'usage de la chloroquine soit plus importante que celle résultant de l'emploi de l'émétine ou de la conessine.

II. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il a aussi inspiré de nombreuses discussions, non seulement sur ses indications, mais aussi sur ses modalités d'exécution : l'hépatotomie ou « open opération » a eu de nombreux défenseurs (surtout dans les pays latins) à la suite des travaux de Fontan, la ponction du foie suivie d'une aspiration et d'injections locales de substances médicamenteuses (émétine selon Rogers, nivaquine selon Basnuévo), a été considérée par d'autres (et particulièrement par les Anglo-Saxons) comme une méthode suffisante dans le traitement de l'abcès amibien hépatique.

Les résultats thérapeutiques observés.

Après avoir évoqué les traitements appliqués dans nos 93 cas d'hépatites amibiennes, nous analyserons les résultats obtenus, nous essayerons enfin de déterminer la valeur respective de l'émétine et de la conessine dans le traitement des localisations hépatiques de l'amibiase.

Il faut reconnaître qu'il est en fait très difficile d'apprécier les résultats d'une thérapeutique, car les malades

avaient subi antérieurement les traitements les plus divers selon une fréquence très variable. On ne peut négliger les effets qu'ils ont pu avoir sur l'évolution de l'amibiase et même sur les modalités évolutives de l'hépatite.

I. — LES MÉDICATIONS UTILISÉES ET LEURS POSOLOGIES.

— 54 hépatites amibiennes ont été traitées par l'émétine : 7 fois employée seule ; 47 fois en association avec la pénicilline et la sulfaguanidine suivant le schéma thérapeutique de Blanc :

émétine : premier jour 6 cgr., deuxième jour 8 cgr.
troisième jour 10 cgr., les sept jours suivants 6 cgr.

pénicilline : 200.000 unités par jour.

ganidan : 12 grammes.

strychnine : 2 mgr.

Dans tous les cas ce traitement prolongé pendant 10 jours, fut très bien supporté.

— 37 hépatites amibiennes ont été traitées par la conessine (1) à la dose de 50 cgr. pendant 10 jours. Une thérapeutique sédatrice lui a toujours été associée : rarement le gardénal, le plus souvent le phénergan parfois complété par des injections intraveineuses de bromure de calcium. Grâce à cette association, une seule fois (obs. n° 76) la conessinothérapie dut être interrompue : ce malade présenta au maximum les manifestations neuropsychiques si fréquentes au cours de l'emploi de ce produit, malgré l'usage de sédatifs nervins : irritabilité, agitation, insomnie, tremblements. Dans aucun cas, nous n'avons rencontré des manifestations psychiatriques graves à type de bouffées délirantes ou d'états confusionnels (2).

(1) Nous avons utilisé le bromhydrate de conessine (Roquessine).

(2) Récemment, dans le service de Monsieur le Professeur Sohier, il a été observé deux psychoses sévères après traitement d'amibiases intestinales par la roquessine alors qu'utilisé depuis 7 ans, ce médicament n'avait jamais donné lieu à de tels troubles. Il faut reconnaître que ces deux malades avaient des antécédents psychopathiques.

— Une hépatite amibienne (obs. n° 25) a été traitée par la nivaquine.

— La dernière (obs. n° 9) a dû être d'emblée confiée au chirurgien : il s'agissait d'un volumineux abcès amibien du foie.

Le tableau ci-après résume la répartition de nos observations en fonction du traitement institué initialement, on y a aussi mentionné les traitements complémentaires pratiqués soit par sécurité, soit par nécessité lorsque la première thérapeutique s'est révélée insuffisante.

RÉPARTITION DE 93 HÉPATITES AMIBIENNES

SUIVANT LES TRAITEMENTS PRESCRITS

Premier traitement	Traitement d'accompagnement	Traitement complémentaire		
		de sécurité	de nécessité	
émétine	pénicil. ganid.	conessine		7
—				38
—				4
—			conessine	4
—			nivaquine	1
				54
conessine		émet. pénicil. ganid.		30
—				3
—			émet. pénicil. ganid.	2
—			émet. pénicil. ganid.	2
			chirurgie	2
				37
nivaquine				1
Chirurgie			3 ponctions + conessine	1

II. — LES RÉSULTATS OBTENUS

— Toutes nos hépatites amibiennes ont guéri.

— Cette guérison a été obtenue dans 90 cas par le traitement médical, 3 fois cependant une intervention chirurgicale ne put être évitée :

2 fois le traitement médical fut inefficace (obs. n^{os} 36 bis et 76).

1 fois l'intervention fut d'emblée nécessaire (obs. n^o 9).

— L'efficacité des thérapeutiques médicales apparaît donc nettement puisque plus de 96 % de nos hépatites amibiennes ont ainsi guéri.

— Cependant ce taux est inférieur à celui donné par certaines statistiques, c'est ainsi que Blanc, dans 500 cas d'hépatites amibiennes, la plupart traitées en Indochine, relève 99 % de formes « émétino-curables ».

L'hépatite amibienne serait-elle plus grave dans la métropole qu'en Indochine ? C'est ce que semblent évoquer ces chiffres, de même que les conclusions de Blanc « Nous avons, en France, depuis 4 ans, confié au chirurgien un nombre d'abcès amibiens triple de celui que nous avons fait opérer en Asie, en regard d'un chiffre total d'amibiens trois fois moindre ».

Les sujets rapatriés qui ont présenté une ou plusieurs hépatites amibiennes après leur retour, n'étaient pourtant plus soumis aux réinfestations continues et se trouvaient dans des conditions de vie généralement meilleures que ceux qui ont eu cette même affection en Indochine.

Ce fait assez inattendu s'explique cependant aisément : l'hépatite amibienne présente une gravité relative dans la métropole parce que le diagnostic en est fait trop souvent tardivement, parfois à un stade où les possibilités du traitement médical sont dépassées ; au contraire, dans les régions d'endémie importante, comme l'Indochine, l'amibiase est d'emblée suspectée et traitée précocement.

C'est en effet de la précocité du diagnostic et de la mise en œuvre d'une thérapeutique correcte que dépend le pro-

nostic de l'hépatite amibienne : notre statistique le prouve nettement :

— 53 hépatites amibiennes peuvent être considérées comme ayant été traitées tôt, dans ces cas le traitement a été entrepris dans les cinq jours qui suivirent le début de l'affection. Il s'agissait, le plus souvent, de formes aiguës, hautement fébriles, avec hépatomégalie très douloureuse ; la gravité du tableau clinique entraînait une hospitalisation d'urgence permettant l'institution d'un traitement précoce : dans aucun cas on ne peut mettre en évidence une collection suppurée intra-hépatique, toutes ces hépatites guérissent simplement par le traitement médical.

— 40 hépatites amibiennes furent reçues tardivement dans le service, l'affection évoluait déjà depuis 5 à 30 jours quand l'hospitalisation fut demandée et le traitement commencé. Il s'agissait, le plus souvent, de formes subaiguës peu douloureuses, peu fébriles, marquées surtout par une baisse importante de l'état général ; c'est souvent après l'échec d'un traitement « hépato-vésiculaire » que le malade était hospitalisé : dans 6 cas, l'examen clinique et radiologique permettaient alors de suspecter l'existence d'une suppuration intra-hépatique, 3 fois une intervention chirurgicale fut nécessaire.

Diagnostic et traitement	Nombre de cas	Formes suppurées	Intervention chirurgicale	Succès du traitement médical
Précoces (avant le 5 ^e jour)	53	0	0	100 %
Tardifs (entre le 5 ^e et le 30 ^e jour)	40	6 (15 %)	3 (7,5 %)	92,5 %

Ces faits montrent nettement l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoce en matière d'amibiase hépatique. Il faut, en particulier, se méfier des formes subaiguës avec

lesquelles on temporise et qui conduisent cependant à la suppuration, aboutissement d'une longue évolution souvent entretenue par une erreur de diagnostic et une thérapeutique non spécifique.

III. — RÉSULTATS OBTENUS EN FONCTION DE LA MÉDICATION UTILISÉE.

Trois médications de base ont été utilisées dans le traitement de nos hépatites amibiennes : l'émétine, la conessine, la nivaquine.

— L'expérience que nous avons de la nivaquine est pratiquement nulle puisqu'elle ne fut utilisée qu'une fois comme traitement d'attaque (obs. n° 25 bis), une fois comme traitement complémentaire (obs. n° 1). Dans les 2 cas, les résultats obtenus ont été satisfaisants, mais le petit nombre d'hépatites amibiennes ainsi traitées ne nous permet pas de tirer des conclusions sur la valeur de cette médication dans le traitement de cette affection.

— Pratiquement toutes nos hépatites amibiennes ont été traitées primitivement, soit par l'émétine, soit par la conessine.

Dans les deux cas, le traitement est prolongé pendant 10 jours. A l'issue de celui-ci, la guérison est le plus souvent obtenue : disparition des douleurs spontanées et provoquées, apyrexie, amélioration de l'état général avec reprise rapide de poids, précédant le retour à la normale de la vitesse de sédimentation globulaire, de la leucocytose et des images radiologiques.

Cependant, dans quelques cas, certains symptômes survivent au traitement, traduisant l'action insuffisante de la médication utilisée. Le nombre d'échecs ou de rémissions incomplètes est-il plus important avec l'emploi de l'émétine ou avec celui de la conessine ?

a) *Les échecs de la conessine et de l'émétine.*

2 fois un traitement comportant la conessine, puis

l'émétine ne peut empêcher une intervention chirurgicale (obs. n° 36 bis et 76).

Il s'agit de deux abcès amibiens du foie, collectés, pour lesquels ces médications ne pouvaient avoir qu'une valeur de traitement pré-opératoire. Nous ne tiendrons donc pas compte de ces deux observations.

b) *Les insuccès de l'émétine.*

L'émétine a été prescrite dans 54 cas d'hépatites amibiennes, 49 fois elle a donné de bons résultats, 5 fois elle dut être remplacée par une autre médication :

OBSERV. N° 7 : hépatite amibienne présuppurative. Au 10^e jour du traitement la température se maintient à 38°, la douleur hépatique spontanée et provoquée persiste. Le retour à la normale de la température, la disparition des douleurs sont obtenus au 3^e jour d'un traitement complémentaire par la conessine.

OBSERV. N° 13 : Hépatite amibienne pré-suppurative. A la fin du traitement émetinien les hépatalgies persistent, la température oscille autour de 38°, l'hépatomégalie n'est pas modifiée (2 travers de doigts). Après 24 heures d'un traitement par la conessine la température est normale, puis les douleurs disparaissent, enfin au 9^e jour de ce second traitement le foie n'est plus perçu.

L'observation n° 39 est identique aux deux précédentes.

OBSERV. N° 45 : Hépatite amibienne suppurée probable : l'apyrexie ne fut obtenue qu'après un traitement complémentaire à la conessine.

OBSERV. N° 1 : Hépatite amibienne pré-suppurative : au 3^e jour d'un traitement par l'émétine, la courbe thermique reste inchangée et se maintient à 39°8, les douleurs restent aussi intenses, la nivaquine, alors prescrite, entraîne une chute de la température en 2 jours, l'apyrexie est obtenue au 5^e jour, parallèlement, les douleurs disparaissent. °

Ainsi, 5 fois sur 54 (soit dans 9,25 % des cas) l'émétine a été inefficace ou insuffisante.

c) *Les insuccès de la conessine.*

La conessine a été utilisée au cours de 35 hépatites amibiennes, 2 fois son action s'est révélée incomplète :

OBSERV. N° 56 : Hépatite amibienne pré-suppurative. Au 10^e jour du traitement, tous les signes ont disparu, le sujet est considéré comme guéri. Quatre jours plus tard, il accuse de nouveau des hépatalgies typiques sans modification de la courbe thermique, un traitement de Blanc est institué, rapidement les douleurs disparaissent.

OBSERV. N° 75 : Hépatite amibienne pré-suppurative. Lors de l'arrêt de la conessine, au 10^e jour, l'hépatomégalie n'a que légèrement régressé, elle reste douloureuse à la palpation et à l'ébranlement, il existe un point douloureux exquis postérieur. Un traitement de Blanc est institué, tous les signes disparaissent.

2 fois sur 35, soit dans 5,7 % des cas, la conessine s'est avérée insuffisante et fut heureusement complétée par l'émétine.

CHAPITRE III

LE DEVENIR DES SUJETS ATTEINTS D'HEPATITE AMIBIENNE

Nos malades, nous l'avons vu, ont contracté une amibiase intestinale (parfois cliniquement latente) lors d'un séjour outre-mer, dans la majorité des cas, en Indochine. Dans les suites de leur rapatriement, ils ont été reçus dans le service pour hépatite amibienne.

29 d'entre eux ont été suivis pendant 1 à 7 ans après cette première hospitalisation. On doit préciser que ces sujets se trouvaient dans les meilleures conditions pour guérir de leur amibiase intestinale car :

1. — Tous (sauf un) n'ont plus quitté la métropole.

2. — Tous (sauf un) ont été soumis à des traitements répétés, adaptés aux données des examens clinique et parasitologique devant lesquelles on se trouvait lors d'une consultation ou d'une hospitalisation (traitement d'attaque des manifestations amibiennes par l'émétine (associée aux antibiotiques) ou par la conessine, traitement d'entretien par les arsenicaux ou les dérivés iodés de l'oxyquinoléine).

Notre groupe de 29 observations se divise en deux lots d'inégale importance suivant que l'hépatite amibienne récidive ou ne récidive pas.

A. — *L'hépatite amibienne récidive.*

6 fois sur 29, nous rencontrons cette éventualité :

— 3 fois la récidive est unique, survenant de 2 à 4 mois

après l'hépatite qui avait justifiée la première hospitalisation. Pendant cet intervalle, ces malades avaient présenté un transit intestinal normal.

— 1 fois on relève deux récurrences rapprochées, 3 ans après la première hépatite que nous avons été amené à traiter. Pendant ce laps de temps le malade avait présenté un épisode dysentérique (examen parasitologique de selles non pratiqué) traité par l'émétine associée à la pénicilline et au ganidan et quelques troubles du transit intestinal à type de diarrhée.

— 1 fois nous sommes en présence d'une forme récidivante à court terme totalisant 5 hépatites amibiennes en 12 mois, toutes traitées par l'émétine ou par la conessine. Chaque fois le traitement d'attaque est complété par une cure de stovarsol puis de Yatren.

— dans notre dernière observation, les hépatites surviennent au gré des séjours en Extrême-Orient :

G..., 27 ans.

— Premier séjour en Indochine : 1946-1947 ; aucune manifestation amibienne.

En décembre 1947, un mois après son rapatriement, il présente un syndrome dysentérique, avec amibes hématophages dans les selles, traité par l'émétine.

En juillet 1948, hépatite amibienne suppurée nécessitant une intervention chirurgicale.

En juin 1949, nouveau syndrome dysentérique traité par l'émétine puis le stovarsol.

— Deuxième séjour en Indochine : septembre 1949-août 1951.

En octobre 1950, 3 épisodes de colites amibiennes, la dernière s'accompagne d'une atteinte hépatique.

— Troisième séjour en Indochine : juin 1952-septembre 1954.

En novembre 1953, hépatite amibienne avec selles muco-sanglantes contenant des amibes hématophages.

Quatrième hépatite deux mois après le rapatriement.

Si nous exceptons cette dernière observation d'un amibien soumis périodiquement à des réinfestations parasitaires, nous constatons que 5 fois sur 28 (soit dans près de 18 % des cas) l'hépatite amibienne a récidivé malgré le retour dans la métropole et un traitement correct de l'amibiase intestinale.

B. — *L'hépatite amibienne ne récidive pas.*

C'est le cas le plus fréquent : 23 sujets sur 28 (soit 82 % environ) ne présenteront pas de nouvelle hépatite amibienne.

— 4 fois pourtant l'amibiase intestinale continue son évolution :

Cliniquement, elle se manifeste dans un cas par des poussées dysentériques avec mise en évidence dans les selles d'amibes hématophages, dans les trois autres par des épisodes de diarrhée sans caractère particulier, mais dont la nature amibienne est confirmée par l'examen parasitologique.

— 11 fois le malade accuse des troubles du transit intestinal avec alternances de constipation et de diarrhée, liées à une colite méta-amibienne : des examens répétés montrent l'absence de parasites dans les selles.

— 8 fois enfin, l'amibiase intestinale est guérie.

CONCLUSIONS

Les modalités d'évolution et la réponse aux thérapeutiques instituées dans 93 hépatites amibiennes, évoluant chez des sujets rapatriés après un séjour plus ou moins prolongé en zone d'endémie amibienne, ont été étudiées.

Nous avons tenté d'apprécier la valeur de chacun des signes pouvant conduire au diagnostic de cette manifestation morbide.

— Si 73 % des sujets avaient accusé une ou plusieurs atteintes d'amibiase intestinale (dans 54 % des cas confirmée par l'examen parasitologique, dans 19 % non vérifiée) lorsqu'est survenue la complication hépatique, 27 % n'avaient jamais présenté de troubles entérocolitiques pouvant faire suspecter cette protozoose, leurs antécédents amibiens ne comportaient qu'un séjour en zone d'endémie, outre-mer.

— Parmi les signes fonctionnels et généraux la douleur de l'hypocondre droit, la fièvre, l'atteinte de l'état général tiennent une place importante. Les uns ou les autres de ces signes peuvent cependant manquer, la douleur peut avoir un siège atypique et conduire à des erreurs de diagnostic. Chez 37 % des sujets on note l'évolution concomitante d'une entérocolite.

— Des examens complémentaires peuvent fournir d'utiles renseignements. Nous mettons en première place l'examen radiologique qui, dans 88 % des cas, nous a montré des modifications de la situation ou de la mobilité de la coupole diaphragmatique. L'augmentation de la vitesse de sédimentation, les modifications leucocytaires, ont une moindre valeur car elles peuvent accompagner d'autres affections fébriles et douloureuses de l'hypocondre droit, avec lesquelles l'hépatite amibienne peut être confondue. Enfin, on ne saurait compter sur l'examen coprologique puisque dans 60 % des cas il est négatif.

On doit rappeler que le diagnostic d'hépatite amibienne est relativement facile si l'on pense à cette manifestation, toujours possible, chez un sujet ayant vécu en zone d'endémie même s'il n'a, au préalable, jamais eu la moindre manifestation de cette protozoose.

Nous avons essayé de juger de la valeur des deux thérapeutiques : l'émétine (employée seule ou en association avec la pénicilline et la sulfaguanidine) d'une part et la conessine d'autre part.

— Si tant il est vrai que l'on puisse chiffrer ces résultats on note que l'émétine a été inefficace ou insuffisante dans 9,25 % des cas (5 sur 54) et la conessine dans 5,7 % (2 sur 35).

— Mais il importe surtout de souligner qu'avec un traitement précoce (avant le 5^e jour) on n'a jamais rencontré de forme suppurée alors que les traitements institués entre le 5^e et le 30^e jour se sont montrés trop tardifs pour empêcher dans 6 cas sur 40 l'évolution vers la suppuration et dans 3 cas l'intervention chirurgicale.

Pour 23 sujets sur 29 suivis pendant 1 à 7 ans, il n'y a pas eu de récive. Pour les 6 chez lesquels elles ont été observées, elle a été unique dans trois cas et s'est reproduite respectivement 2, 3 et 5 fois dans les autres cas.

Il paraît désormais possible sinon d'éviter l'hépatite, du moins d'empêcher l'évolution vers la suppuration si le diagnostic est fait en temps voulu et la thérapeutique instituée précocement et selon une posologie convenable.

Vu :

LE DOYEN :

H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

R. SOHIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAIN (M.), MASSAL (E.), TOUZIN (A) et PORTE (L.). — Le traitement de l'amibiase par la conessine. *Méd. Trop. Rev. Corps Santé Col.*, janv.-fév. 1949, n° 1, 5-38.
- ANDERSON, NELSON, HRENOFF et FISH. — *Amér. J. Trop. Méd.*, 3, 2 : 254, mars 1954.
- BASNUEVO (J.-G.) et ESTARLI (E.-G.). — La chloroquine dans l'abcès amibien du foie. *Rev. Kuba Med. Trop.*, sept.-oct. 1949, 5, 133-135.
- BASNUEVO (J.-G.) et ESTARLI (E.-G.). — Sept cas d'hépatite amibienne traités par la chloroquine. *Rev. Kuba Med. Trop.*, mars-avr. 1950, 6, n° 3-4, 45-54.
- BERTRAND (L.-E.) et FONTAN (J.). — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds. *Soc. d'Edit. Scientifiques Paris* 1895.
- BENKEMOUN (C.). — Considérations sur l'amibiase hépatique. *Thèse Lyon*, 1955.
- BIELING (R.). — Migration de l'amibe dysentérique vers le foie. *Arch. Schiffs. Tropen. Hyg.*, 1935, 39, 49.
- BLANC (F.). — L'ébranlement douloureux du foie, signe d'hépatite au cours de l'amibiase intestinale. *Marseille Méd.*, fév. 1934.
- BLANC (F.) et BERGERET (C.). — Réflexions sur les formes cliniques des réactions hépatiques au cours de l'amibiase. *Marseille Méd.*, 15 déc. 1942, 79, n° 15, 691.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Traitement d'assaut de l'amibiase. *Presse Méd.*, 9 nov. 1946, 755.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Indications respectives de la pénicillinothérapie au cours des dysenteries amibiennes et de leurs complications hépatiques. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 18 avr. 1947, 285-290.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Sur une variété particulière d'amibiase hépatique à évolution subaiguë : les typhlo-hépatites amibiennes récidivantes à court terme. *Arch. Mal. App. Dig.*, mai-juin 1948, 37, n°s 5-6, 313-335 (Biblio.).

- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Contribution à l'étude de l'amibiase hépatique à évolution subaiguë. *Rapport au Congrès de Marseille*, 1948, sur le foie colonial.
- L'amibiase. *Expension Sc. Franç.*, édit., Paris, 1950, 635 pages (importante bibliographie).
- BLANC (F.) et TOUZIN (M.). — Le traitement médical actuel des hépatites amibiennes. *Soc. Méd. Marseille*. Petit Congrès, séance du 20 mai 1950.
- BROWN (P.-W.) et HOGSON (C.-H.). — Résultats éloignés dans le traitement de l'abcès amibien et de l'hépatite du foie. *Am. J. Med. Sc.*, sept. 1938, 196, n° 3, 305-313.
- BUSSON (A.), ARNOUS (J.), BOUREL (M.) et DELDIQUE (H.). — Hépatite aiguë et abcès du foie, premiers symptômes de l'amibiase autochtone. *Sem. Hôp. Paris*, 14 nov. 1949, n° 84, 3.512-3.515.
- CASTAIGNE (J.) et FRANCON (F.). — L'amibiase hépatique : difficultés fréquentes de son diagnostic, valeur de l'épreuve thérapeutique. *J. Méd. Franç.*, 10, 187, 1921.
- CATTAN (R.). — Les formes atypiques des hépatites amibiennes. *Presse Méd.*, suppl. au n° 17, 24 mars 1948, 212 a.
- CHIRAY (M.) et CHENE (P.). — Les formes frustes de l'amibiase hépatique. Congrès intern. amibiase. *Gaz. Méd. France*, sept. 1950, 57, n° 16, 771-774.
- COIRAULT (R.), COUDREAU (H.), GIRARD (J.). — L'amibiase intra-thoracique. *La Sem. Hôp.*, 1955, 31, 1591.
- COLONNELLO (F.). — L'amibiase hépatique. *Studi Méd. Trop. Milan*, fév. 1940.
- CONAN (N.-J.). — L'usage de la chloroquine (Aralen) dans l'amibiase extra-intestinale. *Congrès Intern. Amibiase*, sept. 1950.
- Traitement de l'amibiase hépatique par la chloroquine. *Am. J. Méd.*, mars 1949, 6, n° 3, 309-320.
- COUMEL, MOLINIER, PEDOYA et PÉRONNET. — Considérations biologiques et cliniques sur les manifestations hépatiques dans l'amibiase. *Rev. Foie*, mars-av., 1948, 7, n° 2, 41-57 (Bibliographie).
- CROSNIER (R.). — Les accidents nerveux de la conessinothérapie. *Presse Méd.*, 30 nov. 1949, n° 75, 1107-1109.
- CROSNIER (R.). — Le traitement de l'amibiase par la conessine. Congrès intern. amibiase. *Gaz. Méd. France*, juin 1949, 479-481.
- CROSNIER (R.), BEISSEIGE (H.), LAIGRET (J.) et LEFEBVRE (P.). — Le traitement des hépatites amibiennes par la conessine. *Rev. Foie*, juil.-août 1949, n° 4, 253-263.

- DEZOTEUX. — La vitesse de sédimentation dans l'amibiase. *Thèse Bordeaux* 1951.
- DIAMATO (H.-J.). — Hématologie de l'hépatite amibienne suppurée. *Semana Méd.*, 12 nov. 1925, n° 1661.
- DURIEUX (C.), TRÉNOUS (J.) et TANGUY (F.). — Recherche sur les propriétés thérapeutiques de la conessine. Essais préliminaires. *Méd. Trop.*, 1948, 8, n° 11, 7-31.
- DUTROULEAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. Ed. 2, Paris, 1868, J.-B. Baillière.
- FONTAN. — Les grands abcès du foie. Paris, 1909.
- FRANCON (F.). — Hépatites amibiennes aiguës abortives. *Thèse Paris* 1919.
- FRANCON et HUTINEL. — Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement. Masson, édit., Paris, 1923 (Bibliographie antérieure).
- GOULVEN (P.). — Contribution à l'étude de l'hépatite amibienne suppurée traitée par l'émétine, sans intervention chirurgicale. *Thèse Paris*, 1918-1919.
- GREIG (E.-D.-W.). — Cas d'abcès amibien du foie sans antécédent de dysenterie. *J. Trop. Méd.* 1940, 43, 119.
- HARGREAVES. — L'amibiase. *Practitioner*, août, 1946, 93-100 (Bibliographie).
- HEGMANN (P.). — De l'examen radiologique du foie, sa valeur dans les cas d'abcès. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 4, 364-1913.
- HUARD (P.) et MEYER-MAY (J.). — Les abcès du foie. Masson, édit., Paris, 1936, 390 pages (Bibliographie).
- HULSHOFF (A.). — Amibiase hépatique. *Néderl. Tijdschr. V. Geneesk.*, 24 juill. 1948 ; 92, n° 30, 2214-2220.
- KLATSKIN (G.). — Amibiase hépatique : classification, diagnostic et traitement. *Am. J. Trop. Méd.*, oct. 1946, n° 4, 601-631.
- LACAZE (H.) et MELNOTTE (P.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'amibiase hépatique. *Rev. Méd. chirur. mal. foie, pancréas, rate*, mai-juin 1928, 225-254.
- LAPIERRE (J.). — Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les hépatites congestives et abcédées en Indochine. *Thèse Paris*, 27 mars 1950, 218, 61 pages.
- LOUBIGNAC (G.). — Les pleurésies séro-fibrineuses des hépatites amibiennes. *Thèse Alger*, 1953.
- MAROTTA (R.-A.). — Amibiase hépatique. *Prensa Méd. Argent.* 16 juil. 1939, 26, n° 29, 1338-1411.

- MATHIS. — Considérations relatives à l'amibiase et à l'hépatite amibienne. *Soc. Path. Exot.* séance du 10 nov. 1948.
- PAYET (M.). — Amibiase hépatique, étude clinique. *Gaz. Méd. Franc.*, sept. 1950, 57, n° 16, 763-768.
- SIGUIER (F.), CHOUBRAC (P.), PIETTE (M.) et SEBAOUN. — Quelques résultats décevants du traitement de l'amibiase hépatique par l'auréomycine et la chloroquine. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance du 16 fév. 1951.
- SIGUIER (F.), SARRAZIN (A.) et CROSNIER (J.). — A propos des amibiases hépatiques actuellement observées dans la région parisienne. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 nov. 1948.
- SODEMAN (W.). — Le tableau clinique de l'amibiase hépatique. *Am. J. Trop. Méd.*, mars 1950, 30, n° 2, 141-146.
- SOHIER (R.). — L'amibiase in traité de Médecine. Masson, édit. Paris, 1948, 2, 490-519.
- SOULAGE (J.). — Expérimentation de la conessine (Roquessine). *Méd. Trop. Rev. Corps Santé Coll.*, janv.-fév. 1949, n° 1, 39-37.
- STEIGMANN, SCHLAES, MIDTZER et JACOBSON. — *J. Lab. et Clin. Méd.* 42 : 955, déc. 1953.
- TANGUY (F.), ROBIN (C.) et RAOUUL (A.). — Recherche sur les propriétés thérapeutiques de la conessine. Nouveaux essais de traitement. *Méd. Trop.*, 1948, 8, n° 11.
- THIODET (J.), BUTORI (P.), FOURRIER (A.) et MASSONNAT (J.). — Abscess amibiens du foie guéris sans intervention chirurgicale. Les indications de l'émétine et de l'auréomycine. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1^{er} déc. 1950, 66, nos 31-32, 1648-1650.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Chapitre I. — <i>Diagnostic de l'hépatite amibienne..</i>	13
— Les antécédents	13
— Les signes fonctionnels et généraux	18
— Les données de l'examen clinique	21
— Les examens complémentaires	24
Chapitre II. — <i>Traitement de l'hépatite amibienne..</i>	31
— Rappel des principaux traitements de l'hépatite amibienne	31
— Les résultats thérapeutiques observés	34
Chapitre III. — <i>Le devenir des sujets atteints d'hépatite amibienne</i>	43
Conclusions	47
Bibliographie	51

